

دور الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية

The Role of Human Resources in Achieving Quality Management in Jordanian Hospitals

د.يزيد ذيب عبدالله محمد
الجامعة الأردنية- الأردن

تصنيف JEL: E24,L15، تاريخ الاستلام: 30 / 10 / 2016 تاريخ قبول النشر: 2016/12/10

الملخص:

إن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يساعدها في التعرف على جوانب الهدر في الوقت والطاقة الذهنية والمادية ومن ثم التخلص منها، ولما لأهمية الموارد البشرية في التحسين من جودة الخدمات الصحية المقدمة والحصول على شهادة الجودة، جاءت هذه الدراسة للبحث في دور الموارد البشرية في الحصول على الجودة الشاملة. يتألف مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الأردنية الحكومية والخاصة والحاصلة والغير حاصلة على الاعتمادية الدولية للجودة (JCI)، والمسجلة لدى وزارة الصحة الأردنية لعام (2014) والبالغ عددها (106) مستشفى، وعدد العاملين في هذه المستشفيات يبلغ (25203) موظف، أما عينة الدراسة فتكونت من 10 مستشفيات موزعة على جميع محافظات المملكة حيث كانت توزيعها الأكبر من حيث عدد الأسرة (أكبر من 200 سرير). تم توزيع (500) استبانة على عينة الدراسة استناداً إلى جدول سكران، واستخدم الباحث عدة طرق لاختبار صدق البيانات وثباتها، منها التحليل العاملي، وأظهرت النتائج صلاحية المقياس المستخدم للدراسة سواء من جهة الوضوح أو الدقة، وأشارت النتائج إلى أن هناك تأثيراً إيجابياً ذو دلالة احصائية للموارد البشرية على تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية.

الكلمات المفتاحية: الموارد البشرية، الجودة الشاملة، المستشفيات.

Abstract :

*The application of total quality management system in hospitals help to identify the aspects of waste in time and mental and physical energy and then get rid of them, it also helps employees to define the concept of management overall quality and the development necessary to meet the client's needs and satisfy his desires with a regular and continuous improvement procedures. Because of the importance of the human resources to improvement of the quality of health services provided and to obtain a certificate of quality, this study was to look at the role of the human resources to obtain total quality in Jordanian health sector of Jordan. comprised the study population consisted of all workers in the Jordanian government and private hospitals, holds and non holds an international reliability for quality (JCI), and registered with the Jordanian Ministry of Health for the year (2014) of (106) Hospital, and the number of workers in these hospitals reported (25203) employees, the study sample Included of **10** hospitals distributed all over the governorates of the Kingdom, where the largest distribution in terms of the number of beds (greater than 200) beds will be distributed 500 questionnaires to a sample study based on a Sekarn table, to check accuracy and validity of the questionnaire. used several methods to test, including explanatory factor analysis.*

The results showed the scale that used for study whether, the validity of the point of clarity or accuracy. The result indicated that there is a positive impact statistically significant for human resources effect in achieving total quality in Jordan.

Key words: Human Resources, Quality Management, Hospitals.

المقدمة:

أصبحت الجودة محور اهتمام أساسي للكثير من المنظمات، كما أن معايير الأداء في هذه المنظمات لم تعد قاصرة على مجرد تقديم الخدمة أو المنتج فقط، بل تعدت إلى الحرص على جودة تلك الخدمات (العنزي، 2001). وأنه أصبح لزاماً علينا التحول والارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة فيه لمتلقي الخدمة، والذي يُعدّ مثلاً يهدف ويتطلع إليه كل من مقدمي الرعاية الصحية وملتقي الخدمة على حد سواء. ولتحقيق ذلك

قامت العديد من المستشفيات الأردنية بتطبيق معايير مجلس اعتماد المؤسسات الصحية كوسيلة للتحويل إلى التميز وحالة التحسين المستمر. ويعد نظام الجودة الشاملة من أفضل النظم الحالية الموجودة والتي تمنح الصلاحيات للعاملين وتحثهم على المشاركة، كما أنه يساعد العاملين على تحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة ووضع الإجراءات اللازمة لتلبية احتياجات العميل وإشباع رغباته مع التحسين المستمر والمنظم لها (مطبقاتي وعجمي، 2001). ولما لأهمية الموارد البشرية من دور في التحسين من جودة الخدمات الصحية المقدمة والحصول على شهادة الجودة، جاءت هذه الدراسة للبحث في دور الموارد البشرية في الحصول على الجودة الشاملة (دراسة في المؤسسات الصحية بالمملكة الأردنية الهاشمية).

مشكلة الدراسة:

يعد الاعتماد وسيلة للتصنيف الدولي للمستشفيات والاعتراف الدولي بها. وتستخدم البلدان والمؤسسات الصحية الاعتماد بوصفه حافزاً على التنافس على تقديم رعاية جيدة، وتحقيق مبادئ الرعاية الصحية المتمثلة في العالمية، والعدالة، والجودة، والكفاءة، والاستمرارية. إن نسبة المستشفيات في وزارة الصحة الأردنية والحاصلة على الاعتمادية الدولية لا تتجاوز نسبتها 10% من مجموع المستشفيات البالغ عددها 106 مستشفى (وزارة الصحة الأردنية، 2014) ومع وجود العديد من التحديات التي تواجه قطاع الصحة الأردني، والنقص الشديد في الموارد البشرية نتيجة هجرة الكفاءات والكوادر للعمل بالخارج، ومن خلال ما سبق تتمثل مشكلة الدراسة في (عدم حصول 90% من مستشفيات وزارة الصحة الأردنية على شهادة معايير الاعتماد الدولية للجودة).

هدف الدراسة:

تحديد الأثار التي تلعبها الموارد البشرية بمتغيراتها المختلفة (العدد، الخبرة، التدريب، الكفاءة) في الحصول على شهادة الجودة في القطاع الصحي الأردني.

أسئلة الدراسة:

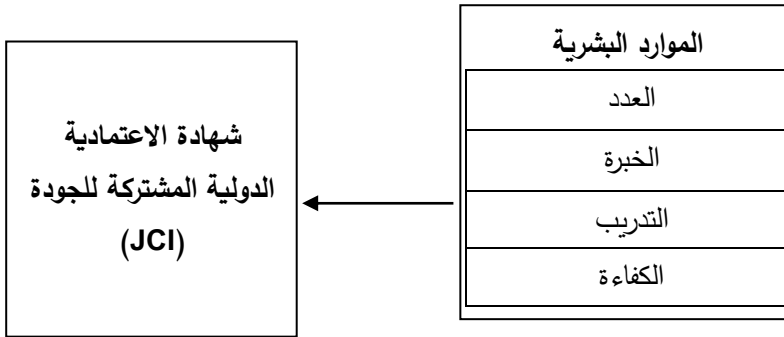
كيف تؤثر الموارد البشرية (العدد، الخبرة، التدريب، الكفاءة) في تحقيق شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة للجودة في القطاع الصحي الأردني؟

فرضية الدراسة الرئيسية:

توجد علاقة أثر ذات دلالة إحصائية بين الموارد البشرية من خلال متغيراتها المختلفة (العدد، الخبرة، التدريب، الكفاءة) والحصول على الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني.

انموذج الدراسة:

ويمكن تمثيل انموذج الدراسة من خلال الشكل الآتي:



التعريفات الإجرائية:

1. **الموارد البشرية:** إجمالي الفعاليات الإدارية المفضية إلى تكوين واستقدام وتنمية، ودافعية، وتقويم، وصيانة، ومستقبل الموارد البشرية، وهي عبارة عن مجموعة العمليات الجزئية بدءاً من تخطيط هذه الموارد، ومروراً بإعداد نظم التحليل والوصف الوظيفي وإعداد نظم الاختيار والتعيين، ونظم تقويم أداء بوضع نظم التأديب ونظم السلامة المهنية، بما يحقق أهداف العاملين، ونظم الحوافز (أبو شيخة، 2000).

2. **إدارة الجودة الشاملة:** تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها "ثقافة تنادي بالالتزام الكلي برضا وإقناع الزبون من خلال التحسين والابتكار المستمرين في جميع مجالات العمل (Logothetis, 1997).

ويتفق مع هذا التعريف أبو حميد (2006) حيث يعرفها بأنها التطوير والتحسين المستمر لأداء المنظمة بهدف تقديم سلع أو خدمات تتصف بالجودة العالية وبما يتفق أو يفوق تطلعات العملاء. بينما عرفها نجم (2010) بأنها مدخل للإدارة المتكاملة من أجل التحسين المستمر والطويل الأمد للجودة في جميع المراحل والمستويات

والوظائف في الشركة بما يحقق ميزة تنافسية للشركة ورضا الزبون، في حين عرفها Kotler (1998) بأنها طريق مؤسسية واسعة والتحسين المستمر لجودة كل عمليات المؤسسة والمنتجات والخدمات، في حين عرفها Oakland (2011) بأنها منهج شامل لتحسين التنافسية، والفاعلية والمرونة والأداء في المنظمة، من خلال التخطيط والتنظيم والفهم لكل نشاط، وإشراك كل فرد في أي مستوى تنظيمي في المنظمة.

الإطار النظري للدراسة

إدارة الجودة الشاملة:

من المتفق عليه وعلى نطاق واسع أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة الإدارة المتكاملة (Kanji & Tambi, 1999) والتي تهدف إلى التحسين المستمر للسلع والخدمات من أجل تحقيق وتجاوز توقعات العملاء (Beast & Kalpak, 2007). ويعرف Hashmi (2004) إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة الإدارة التي تسعى إلى دمج جميع الوظائف التنظيمية، والتركيز على تلبية احتياجات العملاء وأهداف المنظمة. وبالنسبة إلى Powel (1995) يمكن وصف إدارة الجودة الشاملة عموماً على أنها عملية ضمان الجودة التي تهتم بكل فرد في المنظمة أو بوصفها ثقافة تنظيمية تلتزم برضا العملاء من خلال التحسين المستمر. إن هذان التعريفان معتمدان لكل من Ennis & Harrington (1999). حيث أكدوا على العمل الجماعي متعدد التخصصات كشرط أساسي مسبق لإدارة الجودة، حيث كل عضو من أعضاء الفريق لديه دور يلعبه في تقديم الرعاية الصحية للمرضى، مما يؤدي إلى نهج شامل عن العمل وأن لا أحد متفوق على أحد. وعلى الرغم من أن هناك عدد لا يحصى من تعريفات إدارة الجودة الشاملة، فإن ما يهم حقاً هو الإدارة العليا وكيفية تطبيق المفاهيم الأساسية بطريقة مناسبة لظروف العمل خاصة بها.

شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة للجودة (JCI):

إن مهمة اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية هو التحسين المستمر لسلامة ونوعية الرعاية المقدمة للجمهور من خلال توفير اعتماد الرعاية الصحية والخدمات المتصلة بها (Brown, 2007). شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة هي التي تسيطر بالكامل على المنظمات غير الهادفة للربح التابعة لها والتي شكلتها اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية لتوفير القيادة في اعتماد الرعاية الصحية

وتحسين الجودة للمنظمات خارج الولايات المتحدة الأمريكية. بدأ النهج التقليدي لتقييم الخارجي لمنظمات الرعاية الصحية عندما أنشأت الكلية الأمريكية للجراحين برنامج اعتمادية المستشفيات عام 1917 م. وفي عام 1950 العدد المتزايد والمعقد من المستشفيات يتطلب إعادة النظر في المعايير ودعم الجانب الطبي والتي نشأت في الأساس من اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية في عام 1951 (Roberts, 1996). إن الهدف من شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة على النحو المبين في معايير الاعتماد للمستشفيات (شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة، 2003) هو تنشيط ظاهرة التطوير والتحسين المستمر في مؤسسات الرعاية الطبية من خلال تطبيق المعايير المعتمدة للرعاية الصحية. تم تصميم شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة للرد على الطلب المتزايد في جميع أنحاء العالم لتقييم المعايير المعتمدة في مجال الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2008). تدعو شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة إلى العمل مع منظمة الصحة العالمية لتعزيز الجودة وممارسات سلامة المرضى في جميع أنحاء العالم من خلال تقديم حلول في مجال سلامة المرضى والتي تعطي البلدان في جميع أنحاء العالم لتحويلها إلى أفعال ملموسة لحماية الأرواح يذكر Smits et al (2008) أن معايير اللجنة المشتركة تهتم بالنظر في أبعاد الجودة وتحقيق هدف المنظمة والتكيف مع البيئة والقيم الخارجية في إتباع نهج متوازن. ومن جهة أخرى وجد Pasternak (2008) أن التركيز الرئيسي للمعايير للجنة المشتركة الدولية كما هو الحال دائم على جودة رعاية المرضى والحد من خطر يهدد السلامة للمرضى. ويؤكد كل من Phelps & Hyman (2008) أن معايير اللجنة المشتركة الدولية تدعم سلامة المرضى وإدارة المخاطر في المستشفيات من خلال المتطلبات المحددة للمعايير. وفقاً لمعايير اللجنة المشتركة الدولية، يجب أن تسعى المستشفيات بشكل استباقي لتحديد وتقليل المخاطر على سلامة المرضى وذلك لمنع الأحداث الضارة، بدلاً من مجرد رد فعل عند وقوعها.

فوائد تطبيق معايير اللجنة الدولية المشتركة:

إن إدارة الجودة الشاملة يمكن ان تكون لها تأثير كبير على أداء وثقافة المنظمة (Deming, 1986). ومع ذلك، فعدد قليل فقط من الدراسات نشرت تأثير الاعتماد على المستشفيات وعلى نظام الرعاية الصحية الذي يتم فيه تنفيذ ذلك (Pomey et al., 2004). إن تحقيق الاعتماد الطوعي لمؤسسات الرعاية الصحية يمثل الاعتراف اللازم

من قبل دافعي خدمة سلامة وملاءمة المنظمات مثل مقدمي خدمات الرعاية الصحية (Ruiz & Simon, 2004).

وجد Mcladden et al (2006) في دراسة استقصائية على عينة واسعة من 250 المستشفيات التي تنفذ مبادرات سلامة المرضى وارتبطت مع الفوائد التي تقدمها إلى المستشفى في مجالات مثل الحد من الخطأ الطبي، والحد من التكلفة وإرضاء المرضى. ولاحظ Yang (2006) أن التنفيذ الناجح لإدارة الجودة الشاملة يمكن أن يؤدي إلى زيادة في رضا العملاء، ويمكن تحسين نوعية الوعي والارتياح بين الموظفين.

إن معايير اللجنة الدولية المشتركة (JCI) تعكس الاتجاهات الثقافية والبيئية. برنامج الاعتماد يؤكد على تقييم نوعية الخدمات، ونوعية التعليم والتدريب المطلوب وفقاً لمعايير مقبولة دولياً. ولقد ذكر سهيل (2003) و Timmons (2007) بأن الرؤية العالمية للجنة الدولية المشتركة جاءت لتلبي الحاجات الثقافية والاحتياجات البيئية في المستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية الأخرى. وكما ذكر Pokey et al (2004) بأن معايير (JCI) تعتبر عاملاً مهماً من عوامل التغيير التي تؤثر في جميع مكونات المنظمة. تعتبر معايير اللجنة الدولية المشتركة المعنية باعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) من أهم المعايير المعترف بها دولياً. وهذه المؤسسة عالمية تختص باعتماد مؤسسات الرعاية الصحية أنشئت عام (1951) ولها خبرة طويلة في اعتماد المؤسسات، وتستخدم برامج الاعتماد ومعترف بها من المجتمع الدولي كمؤسسة دولية تعنى بضمان الجودة. وحسب تقارير JCI (2008) تنفذ معاييرها في أكثر من (100) دولة في العالم بما في ذلك أوروبا والصين وأمريكا وشرق آسيا وأفريقيا والشرق الأوسط. وهناك أكثر من (300) مستشفى في المجتمع الدولي قد حققت معايير الاعتماد. وبشكل أكثر تحديداً، وفيما يتعلق باعتماد المستشفيات، أجرت El Jardali (2008) دراسة في لبنان لتقييم الآثار المتوقعة من الاعتماد على نوعية الرعاية من خلال عدسة الرعاية الصحية للمهنيين والمرضى والمرضى على وجه التحديد حيث وجدت أن لبنان يعتبر اعتماد المستشفيات ليكون أداة جيدة لتحسين نوعية الرعاية، فالتمريض ينظر في تحسين الجودة أثناء وبعد عملية الاعتماد، ولا سيما في المجالات المتصلة بالالتزام القيادة والدعم واستخدام البيانات، وإدارة الجودة وإشراك الموظفين. في دراسة أخرى أجريت في كندا في الآثار المترتبة على عملية الاعتماد على ممارسات إدارة الجودة، وجد Paccioni (2008) أن الاعتماد يشجع

الكادر الطبي لاستخدام آلية التشاور، وتحسين تقييم رضا العملاء، في حين كان الاعتماد يؤثر على إدراك الموظفين الذين لم يشاركوا مباشرة في عملية الاعتماد.

علاوة على ذلك قام أحمد بدران (2004)، بدراسة هدفت إلى تطوير أداء المنظمات العامة باستخدام منهج إدارة الجودة الشاملة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى نجاح تجارب عدد كبير من المنظمات في تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة أوجدت تحسناً كبيراً في نواحي العمل في المنظمة، وقد أفضت نتائج الدراسة كذلك إلى أن إدارة الجودة الشاملة فلسفة وطريقة متطورة من شأنها أن تغير أسلوب عمل وطريقة تفكير الأفراد ليصبح التحسين المستمر هو الهدف الأساسي، فإذا عملت المنظمات العامة على زرع هذه القيمة وهذا المنطق من التفكير في العاملين، فإن ذلك سيعمل على تحسين صورة المنظمة في أعين المواطنين الأمر الذي يعكس على استقرار المجتمع وتطوره نحو الأفضل.

الموارد البشرية:

يمثل العنصر البشري أحد أهم موارد المنظمات - إن لم يكن أهمها على الإطلاق- حيث أنه يمثل الركيزة الأساسية للمنظمات الساعية لتحقيق نجاحها وتنفيذ أهدافها، ومن هنا تعمل الإدارة على حسن توجيه الأفراد وبناء قدراتهم من خلال ربط أهدافهم الشخصية بأهداف المنظمة والعمل على إيجاد مناخ تنظيمي من شأنه تدعيم المشاركة والاحترام المتبادل والشعور بالمسؤولية والانتماء وبث روح التعاون والولاء في العمل (الخاجة، 2006).

هدفت دراسة الطراونة والبلوشي إلى توضيح الدور الذي يلعبه تطوير الموارد البشرية من خلال التدريب في تحقيق أهداف المنظمة. ويقصد بالتطوير الجهود المخططة والتي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك الأفراد واكسابهم معارف وقدرات ومهارات جديدة لتحسين أدائهم حالياً ومستقبلاً. وما التطوير إلا طرح خطط وبرامج عامة من أجل تحسين قدرة ومهارة الأفراد للقيام بالأعمال المستقبلية. (الطراونة والبلوشي، 2010)

والتدريب ليس فقط عبارة عن عمليات تعلم معارف وطرق وسلوكيات جديدة تؤدي إلى تغيرات في قابلية الأفراد لأداء أعمالهم وإنما يتخطى ذلك إلى تعلم الرؤى والرسالة والمهمة والأهداف والاستراتيجيات والممارسات والسياسات والفلسفات فهو نمذجة للسلوك. وهو بذلك عنصر مهم من عناصر التنمية الإدارية للمنظمات. لذا فإن المنظمات التي تتبنى تطبيق المفاهيم والمصطلحات الحديثة تحتاج إلى إحداث تغيير في سلوك

واتجاهات وقيم وقناعات الأفراد العاملين من خلال غرس مهارات هذه المفاهيم مثل التعاون والعمل الجماعي والمشاركة في اتخاذ القرار والرقابة الذاتية وأهمية العمل وفتح قنوات الاتصال ولا يمكن تحقيق ذلك إلا من خلال تهيئة الأفراد وتدريبهم على تلك المهارات بصورة سليمة فلا معنى أن نتوقع من العاملين أداء أعمالهم بمهارة عالية دون أن يتم تدريبهم مسبقاً، وإلا سيؤدي ذلك إلى مقاومة أي عملية تطوير. (الخاجة، 2006). ومما سبق، نستطيع أن نصف التدريب بأنه محاولة لتغيير سلوك الأفراد بجعلهم يستخدمون طرقاً وأساليباً مختلفة في أداء أعمالهم أي يجعلهم يسلكون بشكل يختلف بعد التدريب عما كانوا يتبعونه قبل التدريب.

أما الدراسة التي قام بها جورج حبش (2004)، أتت للتعرف على إدارة الموارد البشرية ودورها في نجاح تطبيق الجودة الشاملة، حيث خلصت هذه الدراسة إلى عدم ملائمة الثقافة التنظيمية فيما يخص التركيز على العملاء والإبداع والابتكار، وظهرت جوانب قصور في وظائف الموارد البشرية وأهمها التدريب، والاتصال والنظم الخاصة بتقويم الأداء، وأوصت الدراسة بضرورة العمل على تطوير الثقافة التنظيمية بما يواكب طموح إدارة الجودة الشاملة، حيث أن هناك علاقة إيجابية بين بناء الثقافة التنظيمية وتحقيق إدارة الجودة الشاملة (حبش، 2004).

فضلاً عن ذلك، تناولت دراسة الهيئي والمعشر (2002) تحليل العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة ومجالات الموارد البشرية المختلفة، طبقت الدراسة على المنظمات العاملة في القطاع الهندسي، والتي تطبق إدارة الجودة الشاملة في الأردن. قدمت هذه الدراسة في إطارها النظري عرضاً لمفهوم إدارة الموارد البشرية كما وردت في مفاهيم إدارة الجودة الشاملة. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقات ارتباطية بين عناصر إدارة الجودة الشاملة ومجالات الموارد البشرية (الاختيار، التدريب، التعويض، التقويم). وأوصت الدراسة بضرورة تحقيق مستويات عالية من اندماج العاملين في برامج إدارة الجودة الشاملة والعمل على تطويرهم وتدريبهم من خلال فتح قنوات المشاركة فيها وعدم الاقتصار على فئات محددة من العاملين.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الموارد البشرية في الحصول على الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني، تم وضع النموذج الخاص بهذه الدراسة والذي ينقسم إلى جزئين اشتمل الجزء الأول على الموارد البشرية وتفرع منه أربعة متغيرات فرعية، ضمت توفر العدد الكافي من الموظفين، كذلك الخبرة الضرورية والتي يجب أن يتمتع بها الموظفين، ثم التدريب الكافي للعاملين، وأخيراً كفاءة الموظفين. والجزء الثاني هو المتغير التابع الجودة الشاملة. استخدمت طرق جمع البيانات الكمية من خلال استخدام المسح كوسيلة لجمع البيانات المتعلقة برأي أفراد العينة في مساهمة الموارد في الحصول على شهادات الجودة في القطاع الصحي الأردني، وقد استخدمت الاستبانة كوسيلة لجمع البيانات. تمت عملية إدخال البيانات من أجل عمليات التحليل باستخدام البرمجية الإحصائية للدراسات الاجتماعية (SPSS) (النسخة 21).

بناء أداة الدراسة

اشتملت أداة جميع البيانات حول الاستبانة حيث اشتملت الاستبانة على عدة أجزاء تناول الأول منها استخدام أسئلة تتعلق بالمتغير الأول من الدراسة وهو الموارد البشرية. أما الجزء الاخر من الاستبانة فقد شمل على المتغير التابع وهو القدرة على تحقيق شهادة الاعتمادية الدولية للجودة في المستشفيات الأردنية. والجدول 5 يبين مصادر فقرات المتغيرات المستقلة للدراسة، حيث شملت كلاً من الموارد البشرية والموارد المالية ومساهمة الإدارة العليا.

جدول رقم 5 المتغيرات المستقلة للدراسة

المصدر	فقرات المتغيرات الفرعية المستقلة	المتغيرات المستقلة الرئيسية
(مناصرية، 2012)	توفر العدد الكافي	الموارد البشرية
Ching-Chow)	خبرة الموظفين	
(yang,2006)	تدريب الموظفين	
	كفاءة الموظفين	

الجدول (6) يمثل مصادر فقرات المتغير التابع للدراسة والمتمثلة في تحقيق شهادة الاعتمادية الدولية المشتركة للجودة.

المصدر	فقرات المتغير التابع	المتغير التابع
(عابض، 2013) (الكحلوت، 2004)	التركيز على العميل	الاعتمادية الدولية للتقييم (Joint Commission Accreditation)
	التركيز على العمليات كالتركيز	
	على النتائج	
	اتخاذ القرارات بناء على الحقائق	
	التحسين المستمر	
	الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها	
	تعبئة وتحريك خبرات الموارد البشرية	
التغذية العكسية		

المصدر: من إعداد الباحث

قد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي من أوافق بشدة إلى لا أوافق بشدة كمقياس لاستجابات العينة في الاستبانة والأسئلة المفتوحة لأداة المقابلة والجدول الآتي يمثل مقياس ليكرت الخماسي وتوزيعات استجابة عينة الدراسة.

صدق وثبات أداة الدراسة

صدق الاستبانة (Validity) : حيث يشير الى خاصية الأداة في قياس ما تهدف لقياسه، ومن أهم الشروط التي يجب توافرها في بناء المقاييس والاختبارات، وفقدان هذا الشرط يعني عدم صلاحية المقياس وعدم اعتماد نتائجه ويحتاج الباحث في دراسته الى التحقق من صدق مقياسه، وللصدق طرق متعددة اعتمدنا اثنين منها (الطيب، 1990).

• **الصدق الظاهري** : حيث أشار Ebel (1972) الى أن أفضل وسيلة لاستخدام الصدق الظاهري هي قيام عدد من المختصين بتقدير مدى تمثيل فقرات المقياس للصفة المراد قياسها وعلى هذا الأساس قام الباحث باستخراج هذا النوع من الصدق من خلال عرض فقرات الاستبانة، على مجموعة من المحكمين والأخذ بأرائهم حول صلاحية كل فقرة لقياس الغرض التي وصفت من أجله.

• **الصدق من معامل الثبات** : وتعتمد هذه الطريقة على استخراج معامل الثبات لوجود ارتباط قوي بين صدق الاختبار وثباته إذ أن المقياس الصادق يكون دائماً ثابت (الطبيب، 1999).

ثبات إدارة الدراسة

تم التأكد من مدى ثبات أداة الدراسة المستخدمة في قياس المتغيرات التي تشتمل عليها الاستبانة من خلال احتساب قيمة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي، حيث تكون النتيجة مقبولة احصائياً إذا كانت قيمته أكبر من (60%) (Sekaran, 2003) وكلما اقتربت القيمة من (1) واحد أي (100%)، دل على أن درجات ثبات أعلى لأداة الدراسة. يتضح من النتائج أن درجة الاعتمادية زادت قيمها عن 0.6 وهذا يعني أنها قيمة مقبولة وفق (Sekaran, 2000).

التوزيع الطبيعي:

يعبر التوزيع الطبيعي عن توزيع البيانات واقتربها من التوزيع الطبيعي والذي يعتبر المرجح لتطبيق المنهجيات الإحصائية (Hair et al., 2006, p. 79). وغياب التوزيع الطبيعي يمكن أن يؤثر في النتائج التي يمكن الحصول عليها في نموذج SEM. ويمكن استخراج التوزيع الطبيعي من خلال الرسم البياني. ويمكن استخراج التوزيع الطبيعي كذلك من خلال درجة التقلطح والتحدب. وتعني درجة التقلطح هو مقدار تكديس البيانات إلى اليمين أو اليسار بعيداً عن التوزيع الطبيعي. ودرجة التقلطح تعني مقدار اتجاه البيانات إلى الأسفل أو إلى الأعلى بعيداً عن التوزيع الطبيعي. وفي حالة التوزيع الطبيعي فإن قيمة التقلطح والتحدب تساوي صفر. وتعتبر الدرجة المقبولة بالنسبة للتقلطح تتراوح ما بين 1 و-1 والتي تعني أن توزيع البيانات طبيعياً، بينما اعتبرت القيم 3 و-3 هي حد القبول للتوزيع الطبيعي بالنسبة للتحدب وهذا ما يؤكد (Hair et al., 2006).

مجتمع الدراسة وعينتها:

يتألف مجتمع الدراسة من جميع العاملين في المستشفيات الأردنية الحكومية والخاصة الحاصلة وغير حاصلة على الاعتمادية الدولية للجودة (JCI)، والمسجلة لدى وزارة الصحة الأردنية لعام (2014) والبالغ عددها (106) مستشفى، وعدد العاملين في هذه المستشفيات يبلغ (25203) موظف، فتكونت عينة الدراسة من 10 مستشفيات موزعة على محافظات المملكة حيث كانت توزيعها الأكبر من حيث عدد الأسرة (أكبر من 200

سرير)، وقام الباحث بتوزيع (500) استبانة على عينة الدراسة بالطريقة الطبعية العشوائية ، وقام الباحث باسترداد (386) استبانة صالحة للتحليل من المستجيبين ودخلت هذه الاستبانات في عملية التحليل. وتم تقسيم المستشفيات إلى أربع دوائر رئيسية في كل منها هي (الدوائر الطبية ، دائرة التمريض، الدوائر الإدارية ، الدوائر الأخرى)، كما يظهر في جدول رقم (15).

جدول 15: عينة الدراسة

التسلسل	اسم المستشفى	عدد الأسرة	عدد العاملين	العينة
1	البشير	951	2263	95
2	الأمير حمزة	397	1157	49
3	الزرقاء	300	821	36
4	المركز الوطني النفسي	239	259	13
5	الأميرة بسمة	202	1099	47
6	الإسلامي	275	1577	50
7	التخصصي	200	878	39
8	الأردن	252	970	42
9	مستشفى الملك المؤسس	600	1985	86
10	مستشفى الجامعة الأردنية	544	976	43
	المجموع	500	11985	

عرض البيانات وتحليلها:

الخصائص الديمغرافية

فيما يتعلق بالبيانات الأولية، قام الباحث بحساب التكرارات والنسب المئوية من خلال برنامج التحليل الإحصائي SPSS، حيث بلغ عدد أفراد عينة الدراسة اللذين أجابوا على الاستبانة والتي دخلت في عملية التحليل 386 عاملاً في القطاع الصحي، حيث بلغ عدد الذكور 228 وهو ما يشكل نسبة (59.2%) من عينة الدراسة، بينما بلغ عدد الإناث 158 بنسبة (40.8%) من عينة الدراسة، وفيما يخص الموقع الوظيفي، أظهرت النتائج

أن عدد العاملين في الإدارة الوسطى والعليا بلغ 206 موظفاً بنسبة وصلت إلى (53.4%)، بينما بلغ عدد الممرضين 136 موظفاً بنسبة وصلت إلى (35.2%)، وعدد الإداريين 44 موظف إداري بنسبة وصلت (11.4%). وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين 25 و45 عاماً وكانت النسبة الأكبر للفئة العمرية 25-35 سنة بنسبة وصلت إلى (75.6%).

جدول 16: التوزيع التكراري والنسب المئوية للبيانات الأولية لأفراد العينة.

المتغير	البيانات الشخصية	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	الذكور	228	59.2
	الإناث	158	40.8
الموقع الوظيفي	إدارة عليا ووسطى	206	53.4
	ممرض	136	35.2
	موظف إداري	44	11.2
	أخرى	0	0
العمر	35-25	292	75.6
	45-36	94	24.4
المجموع		386	100.00

الموارد البشرية:

تشير نتائج التلطح والتحدب لاختبار التوزيع الطبيعي للموارد البشرية، أن قيم التلطح انحصرت ما بين -0.109 و-0.790 وهذا يعني أن جميع القيم تقع ضمن الحد المقبول للتوزيع الطبيعي للتلطح، كذلك تبين النتائج أن قيم التحدب تراوحت ما بين -1.087 و0.01 وهذه القيم أيضاً تقع ضمن مدى التوزيع الطبيعي للتحدب، الأمر الذي يعني أن متغيرات هذا المجال موزعة طبيعياً.

إدارة الجودة الشاملة:

تشير نتائج إدارة الجودة الشاملة إلى أن التوزيع يقع ضمن الحد الطبيعي حيث تراوحت قيم التلطح ما بين -0.064 و-0.963، بينما تراوحت قيم التحدب ما بين -1.207 و0.272.

درجة الاعتمادية ووصف المتغيرات

من أجل قياس درجة الثبات في كل فقرة من الفقرات تم إجراء اختبار الاعتمادية. وقد استخدم كرونباخ ألفا (Cronbach's alpha) من أجل تنفيذ هذا الاختبار.

البيانات الوصفية للمتغيرات:**أولاً: الموارد البشرية:**

استخدم مقياس ليكرت الخماسي من أجل قياس اتجاهات أفراد العينة نحو مساهمة الموارد البشرية في الوصول إلى شهادات التميز في إدارة الجودة في القطاع الصحي الأردني، وقد بينت النتائج أن اتجاهات أفراد العينة كانت جيدة فيما يخص العدد حيث تراوح المتوسط الحسابي ما بين 3.342 و 3.412، كذلك فيما يخص الخبرة فقد بينت النتائج أن المتوسط الحسابي تراوح ما بين 3.062 و 3.448 وهي مستوى جيد لاستخدام الخبرات في المجال الصحي في الحصول على شهادات التميز في الجودة الشاملة. أظهرت النتائج أن اتجاهات أفراد العينة كانت تتراوح ما بين جيدة وممتازة فيما يخص فعالية إشراك الموارد البشرية، حيث تراوح المتوسط الحسابي ما بين 3.415 و 3.526. كذلك فيما يخص التدريب فقد بينت النتائج أن انخفاض تقييم التدريب على حد مقبول حيث بلغ المتوسط الحسابي 2.951، بينما بلغ المتوسط الحسابي حد الجيد في باقي الفقرات.

الجودة الشاملة:

بينت النتائج أن اتجاهات أفراد العينة كانت جيدة وجيدة جداً فيما يخص الجودة الشاملة حيث تراوح المتوسط الحسابي ما بين 3.889 و 3.031، باستثناء عبارة واحدة كان تقييمها حول المقبول حيث بلغ المتوسط الحسابي 2.969، وهذا يشير إلى الاتجاه الإيجابي في تقييم الجودة الشاملة.

درجة الاعتمادية:**الموارد البشرية:**

يتضح من نتائج التحليل الإحصائي أن درجة الاعتمادية قيمة كرونباخ ألفا قد بلغت 0.824، وهي جيدة جداً لهذا النوع من الدراسات، وهذا يعني أنه يمكن الاعتماد على عبارات متغير عدد الموارد البشرية في عملية القياس، وأظهرت النتائج أن قيمة كرونباخ ألفا للمتغير خبرة الموارد البشرية بلغت 0.801 وهي جيدة جداً، وهذا يشير إلى

إمكانية الاعتماد على عبارات هذا المتغير، بينت النتائج أيضاً أن قيمة كرونباخ ألفا للمتغير فعالية الموارد البشرية بلغت 0.734 وهي قيمة جيدة تعني أنه يمكن الاعتماد على عبارات هذا المتغير للوصول إلى نتائج الدراسة، وأظهرت نتائج اختبار كرونباخ ألفا لمتغير التدريب أن القيمة بلغت 0.709 وهي جيدة مما يعني قبول عبارات هذا المتغير للوصول إلى نتائج الدراسة.

إدارة الجودة الشاملة:

بلغت قيمة كرونباخ ألفا 0.802 وهذا يعني إمكانية استخدام عبارات هذا المجال لأغراض المقارنة.

والجدول الآتي يوضح درجة الاعتمادية لمتغيرات الدراسة الرئيسية:

الجدول رقم 18 درجة الاعتمادية لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	متوسط قيمة كرونباخ ألفا
الموارد البشرية	0.767
الجودة الشاملة	0.802

التحليل العاملي (Factor Analysis)

بعد أن تم توزيع مقياس الدراسة على العينة الحقيقية والنهائية للدراسة، والتي بلغ قوامها 500 موظف وموظفة من العاملين في مختلف مستشفيات عينة الدراسة، قرر الباحث إجراء التحليل العاملي للبيانات، ويجب أن نقوم بتدوير المحاور بهدف جعل العلاقات بين المتغيرات أقوى ما يمكن، وأكثر الطرق شيوعاً هي طريقة تعظيم التباين المعروفه بإسم (Varimax) حيث تحافظ هذه الطريقة على خاصية الاستقلال بين العوامل حيث يعني هندسياً بقاء المحاور متعامدة أثناء عملية التدوير. ليست كل العوامل التي يستخلصها spss لها أهمية، حيث أنه إذا حصل الباحث على عوامل يساوي عدد المتغيرات الأصلية، فإنه لا يكون قد أنجز شيء باستخدام التحليل العاملي، حيث أن هدف عملية التدوير هو الاحتفاظ بعوامل معينة، وحذف عوامل أخرى وهذا ما يثبتته (أبو علام، 2009). بعد عملية التدوير على الباحث استخلاص العوامل باعتماده على مصفوفة الارتباط (Matrix) التي تصل إلى 1.00 فما فوق في اختيار العامل الصالح للاستخدام، وللحصول على مصفوفة الارتباط وهي نقطة البدء تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط بين المتغيرات التي تدخل التحليل، وهذه الخطوة تعطي مؤشراً أولياً للكيفية التي يعمل بها

التحليل العاملي وتبين هذه الخطوة أن التحليل العاملي يستمد عوامله من الارتباطات بين المتغيرات حيث إن الإجراء الافتراضي في برنامج spss هو أن يعطي قيمة شيوع مبدئية تساوي 1.0، وأنه إذا كان الجذر الكامن للعامل أقل من 1.0 فإنه يفسر بنسبة أقل من التباين من المتغير الأصلي ويجب رفضه، حيث أن نسب الشيوع تصمم بحيث تظهر نسب التباين التي تسهم بها العوامل لتفسير متغير ما (أبو علام، 2009).

أما بالنسبة لمعامل الشيوع (Communality) فهو مجموعة من المتغيرات، والمتغير ممكن أن يكون مستقل أي أن له ارتباط عال مع عامل واحد، وليس له ارتباط مع بقية العوامل، أو أن المتغير يشترك ويرتبط بأكثر من عامل واحد ويعرف بالعامل الشائع (أسامة العزابي، 2012). إن عامل الشيوع عادة يستحوذ على أكبر عدد من المتغيرات، بمعنى أن المتغيرات تنقسم إلى مجموعات، وهذه مجموعة المتغيرات تسمى عاملاً، وإما أن يكون هذا التقسيم مستقل تماماً، حيث يكون كل عامل واحد يرتبط بعامل واحد ارتباطاً عالياً، ويرتبط بقية العوامل ارتباطاً صفرياً بمعنى أنه ليس لهذا الارتباط دلالة إحصائية، والإتجاه الآخر هو أن يتم التقسيم مع وجود المتغير في أكثر من عامل، وهذا يعني أن العامل الذي يُغطي أكثر عدد من المتغيرات نسميه عاملاً شائع (غنيم وصيري، 2000).

نتائج التحليل العاملي:

تبنى الباحث التحليل العاملي في إجراء هذا البحث الميداني لتخليص المتغيرات واختصارها في عدد قليل من العوامل بغية اختبار مصدقية هذه الفقرات من خلال دراسة صدقها التكويني واستخدام العوامل المستخلصة في دراسة الفرضية المقترحة ومن المثير للإهتمام أنّ الباحث استخدم عدة طرق لاختبار جودة العوامل المستخلصة من التحليل العاملي، وذلك بعد التأكد من جودة البيانات وصلاحياتها لاستخدامها في إجراء البحث العلمي الهادف. ومن هذه الطرق اختبار بارتلليت KMO & Bartlet والارتباطات المضادة، لدراسة الجودة الكلية والانفرادية للبيانات على التوالي. والجدير بالذكر أن قيمة الارتباط المضاد يمكن أن تصل إلى 1.00 فكلما اقتربت الدرجة من واحد كان أحسن. علاوة على ذلك، فقد اعتمد الباحث على الجذر الكامن Eigenvalue التي تكون قيمته تساوي أو أكبر من (1.00) لاعتماد العوامل واعتبارها ذات مصداقية وهادفة. وبالمعنى الآخر، أن البحث أعطى لبرنامج الإحصاء حرية استخلاص العوامل واختيارها وذلك

باعتماده على قيمة الجذر الكامن والتي وصلت إلى 1.00 فأكبر لاعتبار استقلالية العوامل وجودتها. كما اختبر الباحث اختبار الهضبة والذي يعكس ترتيب الجذور الكامنة ويكون رسماً بيانياً لاختبار الجذر الكامن لمعرفة عدد العوامل في البيانات وجودتها. اختبر الباحث في بداية تحليل نتائج دراسته العلاقات بين فقرات المقياس لمعرفة العلاقات بينها واحتمالية تجميع الفقرات، حيث لا بد من وجود العلاقات بين فقرات المقياس التي تشبعت في العامل الواحد المشترك. وحسب ما ظهر في جدول الارتباطات فإن العلاقات بين فقرات المقياس في هذا التحليل تدل على وجود علاقات بينها ولكن بدون أن يصل إلى الانصهار التام بين مجموعة هذه الفقرات.

أسفرت نتائج التحليل العملي لمقياس الدراسة للمتغيرات المختلفة، أن جميع المفردات جاءت متشعبة تحت عوامل عديدة حسب المعايير التي اعتمدها الباحث، حيث أظهرت نتيجة التحليل العملي جودة المقياس ككل، حيث أظهرت النتائج أن قيمة (K-O) بلغت 0.836 وهي أعلى من 0.5 وهذا يشير إلى كفاية عينة الدراسة لأغراض التحليل.

0.836	مقياس أخذ العينات الملائمة لكاييسر ماير (KMO)	
19990.744	مربع كاي التقريبي	اختبار كروية لبارتلليت (Bartlett)
2080	درجة الحرية	
0.00	النسبة الفئوية	

نموذج الاستخلاص العملي التوضيحي:

يتضح من نتائج التحليل أن (5) عاملاً فسرت ما مقداره 68.534 من متغيرات الدراسة عند مستوى Eigenvalue 1.218، وتعتبر هذه القيمة مقبولة في العلوم الإنسانية، وهذا يشير إلى أن متغيرات الدراسة التي تم اختيارها تمكن من قياس تأثير الموارد البشرية على الجودة الشاملة. إن قيم التشعبات العملية أفضل قليلاً في التحليل العملي الاستكشافي مقارنة إلى طريقة المركبات الرئيسية. ويمكن القول بناءً على عناصر التباينات التي استخلصت منها العوامل أنّ التحليل العملي الاستكشافي أنسب لهذه البيانات أكثر من طريقة المركبات الرئيسية. وقد تم شطب بعض الفقرات في هذه الطريقة أيضاً بسبب عدم إيفائها شروط الإبقاء، بأن تتشعب فقرة واحدة في عاملين مختلفين أو قيمة التشعب العملي أقل من 0.50. أو تشعب في العامل غير المفترض.

وقد تأكد الباحث من العوامل المستخلصة عن طريق الجذور الكامنة باختبار المخطط التمثيل (اختبار الهضبة). وقد تطابقت نتيجة اختبار الهضبة مع ما توصلت إليه الجذور الكامنة. إلا أن عملية تحديد العوامل في اختبار الهضبة ليست بأمر بسيط وهين، ولقد تحملت الفقرات العامل الأول فقد تحمل من خلال الفقرات (-7-6-5-4-3-2-1)، و(8)، وتحملت الفقرات (65-64-11-14-13) على العامل الثاني، أما العامل الثالث فتحملت عليه (58-57-17)، وتحملت الفقرات (62-16-9) على العامل الرابع، والعامل الخامس تحملت عليه الفقرات (63-15-12)، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 20 التحليل العملي لمقياس الدراسة

رقم الفقرة	عبارات الاستبانة للعامل الأول	التشعب
1	يوفر المستشفى موارد بشرية ذات كفاءة لتقديم خدماته بجودة عالية.	0.7
2	يشرك المستشفى جميع العاملين في تحسين الجودة.	0.69
3	يطبق العاملون المقترحات المفيدة التي قدموها لتحسين الجودة..	0.67
4	يستمتع العاملون للمقترحات لتحسين الجودة.	0.68
5	لدى العاملين في المستشفى القدرة على الملاحظة كل في اختصاصه.	0.64
6	لدى العاملين في المستشفى القدرة على اكتساب الخبرة من خلال المشاركة في عمل جماعي.	0.72
7	لدى العاملين القدرة على التعلم من أخطائهم و أخطاء زملائهم .	0.69
8	لدى المستشفى الخطط الاستراتيجية لاختيار العاملين في الأقسام حسب الخبرة كل في مجاله.	0.68
رقم الفقرة	عبارات الاستبانة للعامل الثاني	التشعب
11	لدى لمستشفى الخطط الأزمة لتطوير كفاءة ومهارات العاملين لديها.	0.75
13	لدى المستشفى آلية لتقييم العاملين بمختلف الأقسام والاختصاصات خلال فترة التوظيف	0.73
14	يسعى المستشفى إلى إدخال جميع الأفراد العاملين لديه في دورات تدريبية لتحسين مهاراتهم وقدراتهم في تقديم الخدمات الإدارية والصحية بالجودة المناسبة.	0.57
64	يسعى المستشفى لمنع الأخطاء قبل حدوثها في جميع مراحل عمليات تقديم الخدمات المختلفة	0.77
65	يطبق المستشفى الرقابة على العمليات المختلفة للوصول إلى مستوى عدم	0.62

رقم الفقرة	عبارات الاستبانة للعامل الثالث	التشبع
17	يسعى المستشفى لإقامة نظام معلوماتي للتدريب العاملين وتطويرهم	0.64
57	تتابع إدارة المستشفى جودة عمليات تقديم الخدمة بصورة مستمرة	0.76
58	تعمل إدارة المستشفى على معالجة الأخطاء فور حدوثها	0.55
رقم الفقرة	عبارات الاستبانة للعامل الرابع	التشبع
9	يسعى المستشفى لإشراك أصحاب الخبرات في العمل مع غيرهم حتى يتسنى لهم التشارك بالمعرفة والخبرة.	0.76
16	يشجع المستشفى الأفراد العاملين لديه على إكمال تعليمهم العالي.	0.81
62	تشرك إدارة المستشفى الجهات ذات العلاقة في تحسين الجودة	0.84
رقم الفقرة	عبارات الاستبانة للعامل الخامس	التشبع
12	لدى المستشفى آلية لتقييم كفاءة العاملين بمختلف الأقسام والاختصاصات قبل التوظيف.	0.72
15	يعمل المستشفى على إعداد خطة لتحديد الاحتياجات التدريبية للأفراد العاملين لديه.	0.72
63	يستخدم المستشفى مقاييس لقياس مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة	0.83

نتائج الدراسة:

الخصائص الديمغرافية:

أظهرت نتائج الدراسة أن عدد الذكور في المستشفيات عينة الدراسة كان أعلى من عدد الإناث، والسبب شيوع اشتغال الإناث في المستشفيات الخاصة والحكومية في الأماكن الطبية، وندرة قيامهن بأعمال إدارية داخل المستشفيات بالإضافة إلى صعوبة التواصل مع الإناث بسبب الثقافة السائدة في مجتمعات عينة الدراسة، كذلك بينت النتائج أن معظم أفراد عينة الدراسة هم من العاملين في الإدارة العليا والوسطى، وهذا يساعد في الوصول إلى نتائج ذات مصداقية عالية في مجال الدراسة. وبلغت نسبة المرضين بين عينة الدراسة 35.2% وهي نسبة تمكن من الوصول إلى حقائق تخدم أهداف الدراسة. كان معظم العاملين في مجال الإدارات وإدارة الجودة من فئة الشباب، حيث بلغت نسبة الأعمار للفئة الشابة حوالي 75.6%، وقد يساهم ذلك في الوصول إلى معلومات واقعية

حول تأثير مجالات الدراسة في الحصول على شهادات الجودة في القطاع الطبي في الأردن.

بناء متغيرات الدراسة:

يناقش هذا الجزء النتائج التي تم الوصول إليها من خلال التحليلات الإحصائية المختلفة التي قام الباحث بإجرائها وذلك لجميع متغيرات الدراسة.

الموارد البشرية:

بعد قيام الباحث بتوزيع الاستبانة على الفئة المستهدفة لهذه الدراسة وبعد التطبيقات الإحصائية التي تم التعامل معها وبناءً على نتائجها التي جمعت بهدف الإجابة على أسئلة الدراسة، في هذا الفصل سوف يتم الإجابة على هذه الأسئلة حيث الآتي:

سؤال الدراسة الأول: كيف تؤثر الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية؟

بالرجوع لنتائج التحليل العملي الذي تم استخدامه في هذه الدراسة فقد تم إثبات هذه الفرضية وعدم نفيها بناءً على النتائج الإحصائية حيث كان تأثير الموارد البشرية في الحصول على شهادة الجودة بنسبة 32% مما يدل على أهمية الموارد البشرية ككل (العدد، الكفاءة، الخبرة، التدريب) في الحصول على شهادة الجودة في القطاع الصحي الأردني.

استخدم مقياس ليكرت الخماسي كوسيلة لقياس اتجاهات العاملين في المستشفيات نحو مجالات الدراسة، وقد كان هذا المقياس مناسباً للوصول إلى اتجاهات واضحة لأفراد العينة نحو كل عبارة من عبارات الدراسة. وبينت النتائج كذلك أن تقييم توفير العدد المناسب في الكوادر البشرية جاء متوسطاً، فقد بلغ المتوسط الحسابي لتوفير المستشفيات الموارد البشرية ذات الكفاءة لتقديم خدماته بجودة عالية 3.4 وهو تقييم متوسط، وجاء أدنى تقييم لتطبيق العاملين المقترحات المفيدة التي يقدمونها في مجال تحسين الجودة بمتوسط حسابي 3.3. تشير النتائج إلى نقص الكوادر البشرية في المستشفيات ونقص الكفاءات القادرة على تحقيق الجودة الشاملة.

أظهرت النتائج أنه وفي مجال الخبرة فقد سجلت عبارة سعي المستشفى لإشراك أصحاب الخبرات في العمل مع غيرهم حتى يتسنى لهم التشارك بالمعرفة والخبرة منخفضاً بمتوسط حسابي 3.07 وهذا يشير إلى عدم امتلاك المستشفيات سياسات واضحة لنقل

المعرفة بين العاملين فيها من أجل تحقيق الجودة الشاملة، بينما جاء تقييم قدرة العاملين في المستشفى على الملاحظة كلاً في اختصاصه بدرجة متوسط حيث بلغ المتوسط الحسابي 3.45. وفي مجال الكفاءة، جاء تقييم امتلاك المستشفى آليات تقييم في مختلف الأقسام بدرجة فوق المتوسط (3.73)، الأمر الذي يعكس حرص المستشفيات على الحصول على تغذية راجعة حول العاملين فيها، بينما سجل أدنى تقييم لامتلاك المستشفيات الخطط الاستراتيجية لاختيار العاملين في الأقسام حسب الكفاءة كلاً في مجال تخصصه بمتوسط حسابي 3.42. وفي مجال التدريب جاء أعلى تقييم لوجود خطط لتحديد الاحتياجات التدريبية للكوادر البشرية العاملة في المستشفى بمتوسط حسابي 3.79، بينما كان تقييم سعي المستشفى لإقامة نظام معلوماتي لتدريب العاملين وتطويرها سلبياً بمتوسط حسابي 2.95. تشير نتائج الموارد البشرية إلى وجود جوانب من النقص في إدارة الكوادر البشرية في المستشفيات في القطاع الصحي في الأردن، وذلك يتطلب إعادة النظر في إدارة الكوادر البشرية وذلك من أجل تحقيق الجودة الشاملة داخل المستشفى.

وأظهرت نتائج الدراسة بأن المقياس المستخدم تميز بجودة عالية، من خلال النتائج التي أظهرها التحليل، حيث جاءت الفقرات المتعلقة بالموارد البشرية مشبعة حسب المتوقع، بحيث نتج من خلال التحليل وجود أربع عوامل استوفت الشروط وتلعب دور مهم وأساسي في تحقيق هذا الهدف والذي هو تحديد الآثار التي تلعبها الموارد البشرية للحصول على الجودة الشاملة في القطاع الصحي الاردني وكان من خلال فرضية الدراسة الأولى. والعوامل هي (عدد الموارد البشرية، خبرة الموارد البشرية، كفاءة الموارد البشرية، تدريب الموارد البشرية). وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مناصرية (2012)، ومما سبق نستنتج أن هذه العوامل لها دلالة واضحة وذات معنى، وبالتالي يعتبر هذا المتغير الرئيسي له تأثير إيجابي بعوامله المختلفة في تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية وهذا ما يجيب على السؤال الأول لهذه الدراسة ويثبت الفرضية الأولى كذلك.

المقترحات والتوصيات:

- يوصي الباحث بتعزيز وعي جميع المدراء في المؤسسات وتحديد مدراء الموارد البشرية بأهمية وفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة. وكذلك توعيتهم بأهمية المورد البشري كمورد حيوي ودوره في تحقيق الجودة الشاملة، من خلال استثمار هذا المورد أفضل استثمار وتطويره وصيانته بكلفة مادية مناسبة إذا ما قورنت

بالعوائد فإنها تحقق أعلى عائد باعتباره ضرورة ورأس مال فكري. فضلاً عن ذلك يوصي الباحث بزيادة توعية الأفراد العاملين بأهمية الجودة الشاملة، وضرورة العمل على تطبيقها، والاهتمام بأفكارهم وأرائهم ومقترحاتهم التي تدعم جهود تحسين النوعية في المؤسسات. كذلك على الإدارة أن تسعى إلى توفير مناخ عمل يتصف بروح التعاون والابداع.

- يوصي الباحث بتوفير الأعداد المناسبة والكافية من الكوادر البشرية والتي تتمتع بمستوى كفاءة ومهارة جيدة.
- على المؤسسات الصحية أن تضع برامج تدريبية ومستمرة من شأنها ان تعطي الكادر البشري مهارة عالية، وتحديدأ في المستشفيات لما في ذلك من خطورة في وظيفة العاملين في المجال الصحي، حيث في معظم الأحيان يكون لعامل الوقت والكفاءة المحافظة على حياة إنسان وانقاذه من الموت.
- على المستشفيات أن تسعى إلى امتلاك سياسات واضحة لنقل المعرفة بين الموظفين، وأن تقوم المستشفى بإشراك اصحاب الخبرات مع غيرهم من الموظفين والعمل على مشاركتهم المعرفة والخبرة.
- كذلك يجب أن تعزز المستشفيات الحرص على الحصول على التغذية الراجعة عن طريق متلقي الخدمة.
- على المؤسسات الصحية السعي لتحسين ثقافة العاملين تجاه مفهوم إدارة الجودة الشاملة من حيث البرامج التدريبية والندوات والبرامج وبعثات لمؤسسات أخرى سبابة للاستفادة من الخبرة.
- على المؤسسات الاستغناء عن التسيير التقليدي والسعي نحو غرس ثقافة جديدة تتناسب ومعايير الجودة الشاملة.
- إنشاء جائزة وطنية لأفضل مستشفى يعمل طبقاً لمعايير الجودة حيث تمنح الجائزة من خلال مؤتمر للجودة يعقد سنويا لعرض أبرز الإنجازات المتحققة ويكون حافزاً لباقي المؤسسات.

المراجع والمصادر:

1. أبو علام، رجا. 2009. *التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام spss*. القاهرة: دار النشر للجامعات.

2. أحمد غنيم ونصر صبري. 2000. *تعلم بنفسك التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام spss*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
3. أبو شيخة، نادر أحمد. 2000. *إدارة الموارد البشرية*. عمان: دار الصفا للنشر والتوزيع.
4. نجم، عبود نجم. 2010. *إدارة الجودة الشاملة في عصر الإنترنت*. الطبعة الأولى. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
5. الطيب، حسن ابشر. 1990. "ادارة الكوارث". *مجلة الادارة العامة*. عمان: العدد (65).
6. العنزي، سعد. 2001. "بناء مقياس الرضا عن خدمات أقسام الطوارئ بالمستشفيات العراقية". *مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية*. جامعة بغداد كلية الإدارة والاقتصاد. بغداد: العدد (28). المجلد الأول.
7. بدران، أحمد. 2004. "تطوير أداء المنظمات العامة باستخدام مدخل إدارة الجودة الشاملة". مركز استشارات الإدارة العامة مركز البحوث والدراسات الاقتصادية. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية. جامعة القاهرة.
8. صلاح الدين الهيتي، وزيد المعشر. 2002. "العلاقة بين ادارة الجودة الشاملة ومجالات الموارد البشرية وأثرها على الاداء دراسة ميدانية في القطاع الهندسي الاردني". *مجلة النهضة*. عمان: العدد 12.
9. محمد أحمد الطراونة وبدرية البليسي. 2002. "الجودة الشاملة والأداء المؤسسي". *مجلة مؤتة*. مؤتة: العدد 1. المجلد 17.
10. حبش، جورج. 2004. *إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين الأداء، دراسة تطبيقية على قطاع خدمات البريد في مصر*. (رسالة دكتوراه) غير منشورة. كلية التجارة. جامعة عين شمس. الإسكندرية.
11. وزارة الصحة الأردنية. 2014. *الإستراتيجية الصحية الوطنية*. الأردن: وزارة الصحة.
12. منظمة الصحة العالمية. 2002. *أهداف اعتماد المستشفيات*. الاردن: نشرة إعلامية. المكتب الاقليمي للشرق الاوسط.
13. مجلس اعتماد المؤسسات الصحية. 2009. *دليل اعتماد المستشفيات*. الأردن: الطبعة الثانية
14. Beast, O. and Kalpak, B. 2007. *An analytical network process-based framework for successful total quality management (TQM): An*

- assessment of Turkish manufacturing industry readiness. *International Journal of Production Economics*, Vol. 105, No.1, pp. 79-96 .
15. Brown, J. 2007. *The healthcare quality handbook*, 220d edn. 1B Quality Solutions Inc.
 16. Deming, W. E. 1986. *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology. Cambridge, MA.
 17. El Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W. and Tchaghchaghain, V. 2008. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.20, No.20, pp.363-371.
 18. Ennis, K. and Harrington, D. 1999. *Factors to consider in the implementation of quality within Irish health care*. *Managing Service Quality*, Vol.9, No.5, pp.320-326.
 19. Hashmi, K. 2004. *Introduction and implementation of total quality management*
 20. Hair Joseph F. Jr., Black William C., Babin Barry J., Anderson Rolph E. & Tatham Ronald L. 2006. *Multivariate Data Analysis*, 6th edn, Pearson Prentice Hall, Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey 07458
 21. Kanji, K. and Tambi, A. 1999. *Total quality management in UK higher education institutions*. *Total Quality Management*. Vol. 10, No.1, pp.129-153. 205.
 22. Lee, T. 1999 The experience of implementing ISO 9001 in a small workshop. *Managerial Auditing Journal*. Vo1.14, No.1/2, pp.36-39.
 23. Malclom baldrige. 1998 .*National quality award*. u.s
 24. Mclean, T. 2006. "ISO 9000 Is coming". The Use and Discoverability of hospital TOM Documents. *Journal of Controversial Medical Claims*, VoU3, No.2, pp.14-19.
 25. Mclean, T. 2006. "ISO 9000 Is coming". The Use and Discoverability of hospital TOM Documents. *Journal of Controversial Medical Claims*, VoU3, No.2, pp.14-19.
 26. Pokey, M., Contandriopoulos, A., Francois, P. and Bertrand, D. 2004. Accreditation: a tool for organisational change in hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 17, No.3, pp.113-124.

27. Powell, T. 1995. Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration. *Academy of Management Journal*. Vol. 16, No.1, pp.15-3
28. Roberts, M. 1996. *Overcoming the barriers to TQM's Success: A road map of potential hazards along the TQM Journey*. Quality Progress, Vol.29, No.5, pp.53- 55.
29. Sekaran, U. 2003. *Research methods for business: a skill building approach*. 4th edn. Prentice Hall, New York.